



Dossier d'inscription SAISON 2023- 2024

Liste des documents à fournir

En cas de nouvelle inscription :

- 1) Fiche de présentation complétée
- 2) Attestation de droit à l'image complétée
- 3) 1 photo d'identité
- 4) 1 photocopie de la pièce d'identité (recto-verso)
- 5) 1 photocopie de la carte vitale.
- 6) Fiche de location matériel + contrat de location (si location équipement de Football américain)
- 7) Certificat médical
- 8) Demande de licence complétée (Cerfa fédéral) + questionnaire
- 9) Formulaire SPORTMUT

En cas de réinscription :

- 1) Fiche de présentation complétée **seulement si changement adresse/mail/téléphone**
- 2) Attestation de droit à l'image complétée
- 3) Fiche de location matériel + contrat de location (si location équipement de Football américain).
- 4) Certificat médical **uniquement si le dernier date de plus de 2 ans** ou que si votre questionnaire santé contient au moins une réponse « OUI », sinon le questionnaire santé (avec que des réponses négatives) suffit.
- 5) Demande de licence complétée (Cerfa fédéral) + questionnaire
- 6) Formulaire SPORTMUT

Vous pouvez, si vous le souhaitez, envoyer votre dossier numériquement à l'adresse mail du club :

leshussardslrsy@gmail.com



Fiche de présentation

Informations du licencié :

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

Âge :

Nationalité :

Adresse complète :

.....
.....

Numéro de téléphone :

Adresse e-mail :

Acceptez-vous d'être ajouté au groupe What's App des Hussards (communication interne, **vivement conseillé**)

Oui

Non

CONTACT D'URGENCE :

Si vous êtes mineur ou sous une quelconque tutelle, **le responsable légal doit remplir les données suivantes :**

Nom : Prénom :

Numéro de Téléphone : - - -

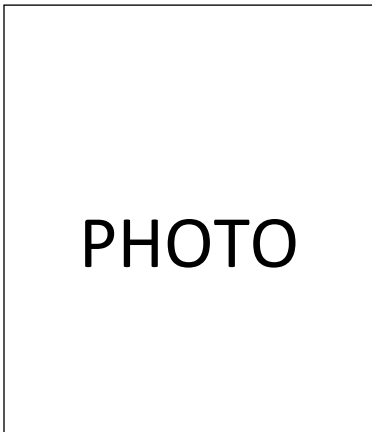
Adresse e-mail :

Je soussigné (e)

autorise ma fille ou mon fils à participer aux déplacements organisés dans le cadre des entraînements et/ou compétitions (en car ou véhicule d'un tiers) :

.....
.....

J'autorise le responsable de la section et les dirigeants à prendre toutes dispositions nécessaires à sa sécurité ainsi que toutes mesures d'urgences médicales ou chirurgicales qui s'imposent en cas d'accident.





TARIFS ET COTISATIONS (Licence complète)

CATEGORIE	TRANCHE D'AGE	PRIX	PRIX jusqu'au 15 septembre
Foot US Sénior + Flag	Nés 2003 et avant	200 €	180 €
Foot US Senior	Nés 2003 et avant	140 €	120 €
Foot US Junior/Cadet	Nés en 2004 et 2005	110€	80 €
Foot US Etudiant	Sur présentation de carte	100 €	NC
Foot US féminin	Nous consulter	110 €	NC
Flag	Nés 2003 et avant	80 €	NC
Coach	Sur présentation du diplôme	30€	NC
Arbitre	U15 – U17 – U19 - Senior	30€	NC
Bénévole	Nous consulter	5 €	NC

La demande de sur-classement est à voir avec votre coach concernant le cerfa à faire remplir au médecin du sport.

Information relative au prix des licences :

Les jeunes de 6 à 17 ans révolus, peuvent bénéficier d'une réduction de 50 € dans le cadre du Pass'sport.

Cf : <https://www.sports.gouv.fr/accueil-du-site/article/le-pass-sport>

Modalité de paiement :

Paiement par chèque (3 chèques maximum) REMPLIR LA GRILLE ADEQUATE

Nom Banque	Numéro Chèque	Montant	Mois d'encaissement (15 du mois)

Paiement en espèce (trois fois possibles et maximum)

Paiement	Total	Date de remise en mains propres



Attestation du droit à l'image

Je soussigné(e), adhérent(e)..... (ou représentant légal de l'adhérent) à l'association « Les Hussards Yonnais » accepte via la présente attestation, que les photos et documents audio-visuels sur lesquels je pourrais figurer à l'occasion du Championnat ou de tournois organisés, puissent être utilisés à des fins d'information et d'actualité par l'Association.

Les photos et documents pourront également être publiés dans les revues spécialisées, presse locale et nationale, sur le site Internet de l'association, les sites des partenaires et fédérations auxquels l'association peut être affiliée sans que je puisse m'y opposer.

Fait à : Le / /
Signature ^[1] :

[1] : du responsable légal pour les mineurs.

Visa du CLUB

(date, tampon, signature)



LOCATION DE MATERIEL (facultatif)

Afin de permettre l'accès au Football Américain pour le plus grand nombre, les Hussards vous proposent de louer le matériel appartenant à l'association.

Au titre de la location de matériel le joueur devra fournir deux chèques : le premier pour la location du matériel et le second pour la caution (non encaissé).

Tarif des locations

Matériel	Location	Caution	Choix
Casque avec grille	50 €	250,00 €	
Epaulières	40 €	200,00 €	
Ensemble casque et épaulières	80 €	450,00 €	

Descriptif paiement

Paiement par chèque (3 maximum pour le paiement et un chèque pour la caution obligatoire)

Nom Banque	Numéro Chèque	Montant	Mois d'encaissement)

Paiement en espèce (3 versements maximum)

Paiement	Total	Date de remise en mains propres

Fait à : Le / /

Signature ^[1] :

^[1] : du responsable légal pour les mineurs.

Visa du CLUB

(date, tampon, signature)



Conditions de la location (facultatif)

Entre l'association Les Hussards Football Américain et M_____ (représentant légal de
M_____)

Le présent contrat définit les conditions de location du matériel de Football Américain par l'association Les Hussards Football Américain et entre en vigueur à la remise du matériel au locataire. La remise du Matériel sera effectuée après remise du règlement de ____ Euros (par espèces ou chèque) et du chèque de caution de euros (non encaissé). Le contrat prendra fin au terme de la saison sportive au 30 juin 2023.

Le locataire peut mettre fin, avant cette date, au présent contrat en restituant l'ensemble du Matériel. A ce moment, son chèque de caution lui sera restitué.

En aucun cas, la restitution anticipée du matériel ne peut donner droit à un remboursement même partiel du règlement de la location.

L'association s'engage à mettre à la disposition du locataire un matériel en bonne condition d'utilisation.

Le matériel loué est composé de :

- D'un casque équipé d'une grille
- D'une paire d'épaulières

Le locataire s'engage à utiliser le matériel uniquement dans le cadre des activités organisées par l'association. Le matériel loué devra faire l'objet d'un soin particulier, la sous-location et le prêt à un tiers sont formellement interdits.

L'association Les Hussards s'engage à remplacer le matériel en cas de défaillance sous réserve que le locataire ne soit pas en infraction avec les présentes conditions. S'il s'avère que le matériel a subi des dommages non liés à son usage normal, l'association pourra logiquement demander le remboursement des pièces anormalement endommagées.

En cas de non-restitution du matériel au 02 juillet 2023, l'association Les Hussards se réserve le droit d'encaisser le chèque de caution et vous enverra une remise de dettes.

Je soussigné M_____, le locataire, reconnaît avoir pris connaissance du présent contrat et m'engage à le respecter.

Fait à _____ le _____

Signature du responsable légal



Annexes

- Formulaire FFFA
- Formulaire Sportmut
- Questionnaire Santé Majeur/Mineur
- Autorisation Parentale en cas d'accident avec ou sans surclassement



DEMANDE DE LICENCE FFFA

SAISON 2023/2024



Club :

INFORMATION DU DEMANDEUR

Nom de naissance :

Nom d'usage (si différent) :

Prénom :

Sexe :

M

F

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Courriel :

Date de naissance :

Commune de naissance :

Département :

Pays de naissance :

Nationalité :

LICENCE

A remplir en cas de renouvellement									Signature du demandeur (ou de son représentant légal s'il est mineur)	
Numéro de licence :										
CHOIX DE LA LICENCE										
FOOTBALL AMERICAIN			FLAG FOOTBALL			CHEERLEADING				
Catégorie	Case à cocher	Tarif fédéral	Catégorie	Case à cocher	Tarif fédéral	Catégorie	Case à cocher	Tarif fédéral		
Loisir U12	<input type="checkbox"/>	12,5	Loisir U7	<input type="checkbox"/>	15,6	Loisir Tiny	<input type="checkbox"/>	12,6	En signant ce document, le demandeur reconnaît avoir été explicitement informé de son devoir de souscrire à une assurance avant de pratiquer la discipline choisie. De plus, il reconnaît avoir reçu une notice double par un assureur lui précisant l'obligation de souscrire une assurance de personne couvrant les dommages corporels, ainsi qu'un formulaire de souscription lui offrant plusieurs formules de garanties dont les modalités sont également indiquées. Si la licence ne sera pas souscrite à l'assurance proposée par la Fédération, il doit cocher la case suivante et faire parvenir à son club et à la Fédération, une attestation individuelle accordant couvrir sa pratique sportive. <input type="checkbox"/>	
Compétition U12	<input type="checkbox"/>	22,8	Loisir U9	<input type="checkbox"/>	15,6	Loisir Minime	<input type="checkbox"/>	12,6		
Loisir U14	<input type="checkbox"/>	12,5	Compétition U9	<input type="checkbox"/>	15,6	Compétition Minime	<input type="checkbox"/>	17,8		
Compétition U14	<input type="checkbox"/>	22,8	Loisir U11	<input type="checkbox"/>	15,6	Minime surclassé Cadet	<input type="checkbox"/>	17,8		
U14 surclassé U17	<input type="checkbox"/>	57,7	Compétition U11	<input type="checkbox"/>	15,6	Loisir Cadet	<input type="checkbox"/>	17,8		
Loisir U17	<input type="checkbox"/>	12,5	Loisir U13	<input type="checkbox"/>	15,6	Compétition Cadet	<input type="checkbox"/>	17,8		
Compétition U17	<input type="checkbox"/>	57,7	Compétition U13	<input type="checkbox"/>	15,6	Cadet surclassé Junior	<input type="checkbox"/>	17,8		
U17 surclassé U20	<input type="checkbox"/>	57,7	Loisir U15	<input type="checkbox"/>	15,6	Loisir Junior	<input type="checkbox"/>	17,8		
Loisir U20	<input type="checkbox"/>	32	Compétition U15	<input type="checkbox"/>	15,6	Compétition Junior	<input type="checkbox"/>	17,8		
Compétition U20	<input type="checkbox"/>	57,7	U15 surclassé U17	<input type="checkbox"/>	30,8	Junior surclassé en Senior	<input type="checkbox"/>	30,5		
U20 surclassé Senior	<input type="checkbox"/>	64,2	Loisir U17	<input type="checkbox"/>	15,6	Loisir senior	<input type="checkbox"/>	17,8		
Loisir Senior	<input type="checkbox"/>	32	Compétition U17	<input type="checkbox"/>	30,8	Compétition senior	<input type="checkbox"/>	30,5		
Compétition Senior	<input type="checkbox"/>	64,2	U17 surclassé Senior	<input type="checkbox"/>	30,8	Entraîneur	<input type="checkbox"/>	19,1		
Issu d'un championnat majeur	<input type="checkbox"/>	363,8	Loisir Senior	<input type="checkbox"/>	15,6	Dirigeant	<input type="checkbox"/>	19,1		
Entraîneur	<input type="checkbox"/>	19,1	Compétition Senior	<input type="checkbox"/>	30,8	Juge	<input type="checkbox"/>	29,4		
Dirigeant	<input type="checkbox"/>	19,1	Entraîneur Senior	<input type="checkbox"/>	19,1	Bénévole	<input type="checkbox"/>	5,2		
Arbitre	<input type="checkbox"/>	29,4	Dirigeant	<input type="checkbox"/>	19,1					
Bénévole	<input type="checkbox"/>	5,2	Arbitre	<input type="checkbox"/>	29,4					
			Bénévole	<input type="checkbox"/>	5,2					
TOTAL FA : € TOTAL FLAG : € TOTAL Cheer : €									TOTAL REVERSE A LA FEDERATION : € Le : / /	

CERTIFICAT MEDICAL PREALABLE A LA PRATIQUE EN COMPETITION OU EN LOISIR

MAJEUR : à ne fournir qu'en cas de première licence, ou si le majeur a répondu positivement à l'une des questions du questionnaire de santé sport, ou si le dernier certificat médical pour la pratique de la discipline concernée date de plus de 3 ans.
MINEUR : à ne fournir que si le mineur a répondu positivement à l'une des questions du questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur en vue de l'obtention ou du renouvellement d'une licence d'une fédération sportive.

Je soussigné(e), Docteur

certifie avoir examiné le demandeur de la présente licence, et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique du :

FOOTBALL AMERICAIN

en tant que :

Joueur :

Arbitre :

FLAG

en tant que :

Joueur :

Arbitre :

CHEERLEADING

en tant que :

Joueur :

Signature et cachet du médecin :

A _____, le _____

DEMANDE DE SURCLASSEMENT DU MEDECIN DU SPORT

Si le(s) candidat(s) présente un développement physique et une aptitude physiologique particulière (catégorie 1 de la classification médico-sportive), un médecin diplômé peut l'autoriser à pratiquer la discipline en compétition dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure, en respect du règlement médical de la FFFA.

Le médecin généraliste pour les disciplines surclassées ou le diplômé de traumatologie du sport, titulaire de la capacité de médecine du sport ou titulaire du Certificat d'Enseignement Spécialisé pour les disciplines surclassées, certifie après avoir procédé aux examens prévus par le règlementation en vigueur, que le demandeur de la présente licence est apte à pratiquer dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure de la discipline en compétition sous toute réserve de modification de l'état actuel.

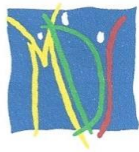
Signature et cachet du médecin :

A _____, le _____

Les signataires de la présente demande de licence certifient l'exactitude de tous les renseignements fournis. Ils s'engagent, en outre, à respecter les Statuts et Règlements de la FFFA. Le règlementation applicable au docteur et à subir en conséquence tous les examens et prélèvements. La communication de ces informations est le préalable obligatoire à l'obtention d'une licence fédérale. Le délai total ou partiel, de réponse, entrainera l'annulation de la demande. Conformément à la loi "Informatique et Liberté" No 79-17, du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données personnelles vous concernant. Ce droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse de la FFFA "administratif@fffa.org".

Je souhaite recevoir la newsletter FFFA pour être au courant de toute l'actualité fédérale. J'accepte de recevoir des offres, commentaires pour des produits ou services liés à ma pratique sportive, de la part de la FFFA ou de ses partenaires. L'adresse la FFFA, à utiliser pour tout envoi, unique et dans le cadre de ses activités, et sans frais supplémentaires.

OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>



GROUPE MDS
Mutuelle des Sportifs

SPORTMUT

Contrat collectif complémentaire de prévoyance
au bénéfice des licenciés
de la Fédération Française de Football Américain

DEMANDE D'ADHESION

(l'adhérent est toujours le licencié)

M. Mme Melle Nom : Prénom :
 Nom de Jeune Fille : Date de naissance :
 Adresse :
 Code Postal : Ville :
 Profession (nature exacte) :
 Téléphones : fixe mobile
 Email :
 Association sportive par laquelle ou au titre de laquelle le régime de base a été souscrit :

Je soussigné(e) déclare avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information du contrat "SPORTMUT" ayant pour objet de proposer des garanties complémentaires en sus du régime de prévoyance de base souscrit, pour le compte de ses licenciés, par la Fédération Française de Football Américain auprès de la M.D.S. en cas de dommage corporel suite à un accident garanti.

J'ai décidé d'adhérer à SPORTMUT
 de ne pas y adhérer

Date limite de l'adhésion : 60^{ème} anniversaire
 Désignation du bénéficiaire en cas de décès de l'assuré :
 mon conjoint non divorcé, non séparé de corps par jugement, à défaut par parts égales mes enfants nés ou à naître, à défaut mon partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou mon concubin notoire, à défaut mes héritiers légaux, à défaut le Fonds National de solidarité et d'Actions Mutualistes.
 Autres dispositions :

FORMULE DE GARANTIES CHOISIE					COTISATION ANNUELLE € T.T.C.
Formule A :	A 1 <input type="checkbox"/>	A 2 <input type="checkbox"/>	A 3 <input type="checkbox"/>	A 4 <input type="checkbox"/>	(correspondant au choix retenu)
Formule B :	B 1 <input type="checkbox"/>	B 2 <input type="checkbox"/>	B 3 <input type="checkbox"/>	B 4 <input type="checkbox"/>	
Formule C :	C 1 <input type="checkbox"/>	C 2 <input type="checkbox"/>	C 3 <input type="checkbox"/>	C 4 <input type="checkbox"/>	
Formule D :	D 1 <input type="checkbox"/>	D 2 <input type="checkbox"/>	D 3 <input type="checkbox"/>	D 4 <input type="checkbox"/>	
Formule E :	E 1 <input type="checkbox"/>	E 2 <input type="checkbox"/>	E 3 <input type="checkbox"/>	E 4 <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Autres choix :					_ _ _ _ , _ _ _ € Sera déterminée après consultation de la M.D.S.

Je certifie sur l'honneur ne pas être atteint(e) d'une infirmité ou d'un handicap. Au cas contraire prendre contact avec la M.D.S.
 Je suis informé(e) que la loi du 6 janvier 1978 « Informatique et Liberté » me donne le droit de demander communication et rectification de toutes informations me concernant qui figureraient sur tout fichier de la Fédération ou de la M.D.S. Ce droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse de la M.D.S. indiquée ci-dessous.

Fait à le

Signature de l'adhérent*

Cachet de la Fédération ou de l'Association Sportive

* faire précéder la signature de la mention "lu et approuvé"



Mutuelle des Sportifs

Mutuelle régie par le Code de la Mutualité et soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité
 Mutuelle immatriculée au répertoire Sirene sous le Numéro siren n° 422 801 910
 2-4, rue Louis David - 75782 Paris cedex 16 - ☎ : 01 53 04 86 86 - 📠 : 01 53 04 86 87

SPORTMUT

Contrat collectif complémentaire de prévoyance
au bénéfice des licenciés de la Fédération Française de Football Américain

NOTICE D'INFORMATION

En adhérant à SPORTMUT vous pouvez bénéficier de garanties complémentaires en cas d'incapacité temporaire totale de travail, d'invalidité permanente totale ou partielle ou de décès résultant d'un accident survenu pendant la pratique du ou des sports déclarés sur la demande d'adhésion :

UN CAPITAL EN CAS D'INVALIDITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE :

Le capital que vous choisissez est le capital maximal versé en cas d'IPP égale à 100%. Ce capital est réduit lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 100 %.

Aucun capital n'est versé pour un taux d'IPP inférieur ou égal à 5 %.

DES INDEMNITES JOURNALIERES EN CAS D'INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE:

Elles vous sont versées mensuellement à terme échu, après une période ininterrompue d'arrêt total de travail appelée période de franchise.

La période de franchise n'est pas indemnisée. La durée d'indemnisation est de 365 ou de 1095 jours selon votre choix.

Quelle que soit la durée d'indemnisation choisie, l'indemnité journalière cesse d'être versée à la date de consolidation de votre état de santé.

Vous ne pouvez choisir un montant de garantie qui vous ferait bénéficier en arrêt de travail de ressources supérieures à celles dont vous disposez en période d'activité.

Un justificatif de revenus est exigé.

UN CAPITAL DECES : qui sera versé au bénéficiaire désigné.

FORMULES ENFANT :

Seules les formules marquées d'un astérisque (*) dans le tableau figurant ci-dessous peuvent être souscrites pour les mineurs de moins de 12 ans.

Pour les mineurs de moins de 18 ans, le bulletin devra être revêtu de leur signature et de la signature des parents ou des représentants légaux.

FORMULE + DE 60 ANS :

Seule la formule marquée de deux astérisques (**) dans le tableau figurant ci-dessous peut être souscrite par les personnes âgées de plus de 60 ans et moins de 65 ans.

MODALITES D'ADHESION

Des formules de garanties pré-tarifées vous sont proposées ci-dessous.

Si l'une de ces formules vous convient, vous pouvez remplir la demande d'adhésion et l'adresser à la M.D.S. accompagnée de votre règlement. A réception, la M.D.S. vous adressera un certificat d'adhésion accompagné des conditions générales du contrat SPORTMUT. Vous disposerez alors d'un délai de 40 jours pendant lequel vous pourrez renoncer à votre adhésion. Passé ce délai votre adhésion deviendra définitive.

FORMULES	CAPITAL DECES	CAPITAL INVALIDITE (100 % IPP)	INDEMNITES JOURNALIERES	COTISATION GLOBALE(TTC)	
A 1*		30 489,80 €		5,00 €	Dans toutes ces formules, les indemnités journalières sont versées à compter du 31 ^{ème} jour d'incapacité temporaire totale de travail ou à partir du 4 ^{ème} jour en cas d'hospitalisation et ce, jusqu'à la consolidation et au plus pendant 1095 jours.
A 2**	15 244,90 €	30 489,80 €		6,30 €	
A 3	15 244,90 €		7,62 €/Jour	21,70 €	
A 4	15 244,90 €	30 489,80 €	7,62 €/Jour	26,60 €	
B 1*		60 979,61 €		9,90 €	
B 2	30 489,80 €	60 979,61 €		12,60 €	
B 3	30 489,80 €		15,24 €/Jour	43,30 €	
B 4	30 489,80 €	60 979,61 €	15,24 €/Jour	53,10 €	
C 1*		91 469,41 €		14,80 €	
C 2	45 734,71 €	91 469,41 €		18,90 €	
C 3	45 734,71 €		22,87 €/Jour	64,90 €	
C 4	45 734,71 €	91 469,41 €	22,87 €/Jour	79,70 €	
D 1*		121 959,21 €		19,70 €	
D 2	60 979,61 €	121 959,21 €		25,20 €	
D 3	60 979,61 €		30,49 €/Jour	86,50 €	
D 4	60 979,61 €	121 959,21 €	30,49 €/Jour	106,10 €	
E 1*		152 449,02 €		24,60 €	
E 2	76 224,51 €	152 449,02 €		31,50 €	
E 3	76 224,51 €		38,11 €/Jour	108,10 €	
E 4	76 224,51 €	152 449,02 €	38,11 €/Jour	132,70 €	

Ces cotisations tiennent compte des taxes en vigueur.

MDS JUILLET 2013 / DISQUE O / FEDERATIONS

(*) Options réservées aux mineurs âgés de moins de 12 ans.

(**) Seule formule pouvant être souscrite par les personnes âgées de plus de 60 ans et moins de 65 ans.

Les cotisations sont annuelles. Le non renouvellement de la cotisation par l'assuré met fin de plein droit à l'adhésion 40 jours après le terme principal de la dernière échéance.

Ce contrat est régi par le Code de la Mutualité.

QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MAJEUR EN VUE DU RENOUELEMENT D'UNE LICENCE

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?		
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?		
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?		
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?		
5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?		
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?		
A ce jour		
7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc) survenu durant les 12 derniers mois ?		
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?		
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

**Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié*

Fédération Française de Football Américain

2 rue du Centre – Immeuble ATRIA – 93160 NOISY LE GRAND - Tél : 01 43 11 14 70 - Fax : 01 43 11 14 71

www.ffa.org - viesportive@ffa.org

Fédération affiliée au CNOSF – Agrément Ministériel n°75 S 270

Fédération Sportive régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 – SIRET n°348 985 276 00040 / APE n°9312 Z

MINEUR



QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR EN VUE DE L'OBTENTION, DU RENOUELEMENT D'UNE LICENCE D'UNE FÉDÉRATION SPORTIVE OU DE L'INSCRIPTION À UNE COMPÉTITION SPORTIVE AUTORISÉE PAR UNE FÉDÉRATION DÉLÉGATAIRE OU ORGANISÉE PAR UNE FÉDÉRATION AGRÉÉE, HORS DISCIPLINES À CONTRAINTES PARTICULIÈRES

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : Il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné (e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

Tu es : une fille <input type="checkbox"/> un garçon <input type="checkbox"/>	Ton âge : ans	
Depuis l'année dernière	OUI	NON
Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu été opéré (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)		
Te sens-tu très fatigué (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te sens-tu triste ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleures-tu plus souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aujourd'hui		
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Questions à faire remplir par tes parents		
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.

Nom - Prénom du mineur	Signature
Date	



AUTORISATION PARENTALE EN CAS D'ACCIDENT AVEC OU SANS SURCLASSEMENT

Je soussigné (e) M., Mme
(Nom et Prénom du responsable légal)

Certifie être le responsable du mineur :

Né(e) le: / /, à

et l'autorise à pratiquer le

en compétition, avec autorisation médicale pour la saison 2021-2022 au sein de l'association

sportive :

Fait à le / /

Signature :

Je soussigné (e) M., Mme
(Nom et Prénom du responsable légal)

Certifie être le responsable du mineur :

Né(e) le: / /, à

et l'autorise à pratiquer le

(Discipline pratiquée)

en compétition, dans la catégorie immédiatement supérieure à celle de son âge avec autorisation

médicale pour la saison 2021-2022 au sein de l'association sportive :

Fait à le / /

Signature :

Fédération Française de Football Américain

2 rue du Centre – Immeuble ATRIA – 93160 NOISY LE GRAND - Tél : 01 43 11 14 70 - Fax : 01 43 11 14 71

www.ffa.org - ffa@ffa.org

Fédération affiliée au CNOSF – Agrément Ministériel n°75 S 270

Fédération Sportive régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 – SIRET n°348 985 276 00040 / APE n°9312 Z